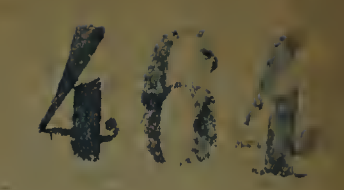
2



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juillet 1902, à 1 heure

PAR

Antoine LEMASSON

Né à Peyrat-le-Château, le 15 Mai 1875

DU TRAITEMENT PALLIATIF

DES

CANCERS INOPÉRABLES

DU

COL DE L'UTÉRUS

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges { MM. BUDIN, *professeur.*
THIÉRY et DÉMELIN *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1902



LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

DU TRAITEMENT PALLIATIF

DES

CANCERS INOPÉRABLES

DU

COL DE L'UTÉRUS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juillet 1902, à 1 heure

PAR

Antoine LEMASSON

Né à Peyrat-le-Château, le 15 Mai 1875

DU TRAITEMENT PALLIATIF

DES

CANCERS INOPÉRABLES

DU

COL DE L'UTÉRUS

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges { MM. BUDIN, *professeur,*
THIEUY et DEMELIN *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1902

DU TRAITEMENT PALLIATIF DES CANCERS INOPÉRABLES
du col de l'utérus

Le cancer utérin inopérable est une des affections devant lesquelles le chirurgien ressent le mieux son impuissance. Songeant surtout à guérir, il oublie quelquefois qu'il peut prolonger et adoucir l'existence des malheureuses dont les derniers jours vont se terminer dans de véritables tortures.

Les traitements palliatifs, il est vrai, sont tellement nombreux, que les praticiens doivent hésiter à choisir au milieu de cette thérapeutique ne s'appuyant bien souvent que sur un petit nombre d'observations dont les résultats sont encore douteux ou funestes. Aussi on est souvent satisfait de soi-même après avoir ordonné des injections antiseptiques, recommandé des tampons iodoformés et formulé une solution de morphine.

En suivant le service de M. le professeur Pozzi, nous avons vu un traitement beaucoup plus énergique, mis systématiquement en usage, dans des cas déterminés.

Nous exposons un peu toutes les méthodes dans notre thèse, mais si nous ne nous sommes pas bornés au curage et à la cautérisation ignée, nous disons dès maintenant que c'est à cette pratique chirurgicale que vont toutes nos préférences.

Nous remercions M. le professeur Pozzi d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions terminer nos études sans exprimer à nos maîtres de l'École de Médecine de Limoges, notre profonde reconnaissance. C'est avec M. le professeur Chénieux, que nous avons appris la chirurgie; ce sera toujours un honneur pour nous, d'avoir été l'interne d'un maître dont la modestie ne saurait cacher le grand talent et la grande bonté à tous ceux qui l'ont approché.

Les docteurs Lemaître et Raymondaud, nous ont enseigné, pendant notre deuxième année d'internat, l'art si spécial et si délicat de soigner les enfants, nous resterons leur élève reconnaissant et dévoué.

Le docteur Donnet, nous a prodigué ses leçons et ses conseils avec une telle bienveillance qu'à côté du maître nous avons toujours senti un ami.

A Paris nous avons profité des savantes leçons de M. le professeur Pinard pour les accouchements et de M. le professeur Guyon pour le traitement des maladies des voies urinaires.

Notre excellent ami André Martin, interne des Hôpitaux, a droit à tous nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a aidé dans nos recherches sur le traitement des cancers du col.

HISTORIQUE

L'idée de détruire les bourgeons cancéreux par le feu, semble remonter à Celse, qui utilisait les batteries de cuivre et le cérat de myrte, avant d'employer la cautérisation ignée.

On voit donc que la méthode n'est pas nouvelle, mais ainsi que bien d'autres procédés opératoires l'antisepsie seule, l'érigera en système et lui permettra de se perfectionner à l'abri de toute infection.

C'est sans doute dans la crainte de ces infections que les médecins qui ont suivi Celse ont abandonné les instruments tranchants et le cautère.

Ambroise Paré touche le moins possible; « à ce chancre de l'utérus », l'abstention est le traitement adopté, peu efficace sans doute, mais le *noli me tangere* était tellement bien accepté par les esprits, que déroger à la pratique des lavages avec des simples ou des eaux aromatiques aurait semblé criminel.

Récamier en 1846, essaye de réagir contre cette façon de voir, il préconise le curettage. Pendant 10 ans on discute sur sa valeur; peut-être s'illusionnait-on un peu sur les résultats qui devaient être espérés. Au lieu d'y voir un traitement palliatif, on y voyait sans doute une méthode de cure radicale.

Les limites de l'intervention ne sont pas nettement classées à cette époque; Brau qualifie le procédé de « hasardeux » et Bequerel l'appelle « barbare ».

Les insuccès opératoires ne s'arrêtèrent qu'avec l'avènement de l'antisepsie.

Beker en Amérique, Shrœder, Martin, Emmet, Hegar, Kaltenbach remettent le curage en honneur. Mais pour ces chirurgiens, le principal temps opératoire est le curettage, la cautérisation intervient surtout comme moyen hémostatique et pour simplifier une opération qui nécessiterait la ligature des utérines.

En France, Tillaux, Despréaux en sont partisans.

Le professeur Samuel Pozzi en fait une vraie méthode : les indications sont très nettes, le manuel opératoire est bien décrit. Le curage est un temps de l'opération, mais la cautérisation ignée n'en est pas un accessoire, c'est un autre temps, aussi utile ayant sur les tissus une action plus profonde que le simple curage.

PREMIÈRE PARTIE

Signes qui dans le cancer utérin inopérable réclament un traitement palliatif

Notre thèse portant sur le traitement des symptômes dn cancer, il est naturel de les passer en revue : dans la deuxième partie, nous envisagerons les moyens dont nous disposons pour lutter contre l'hémorrhagie, la leucorrhée, la douleur, qui sont les signes qui en général attirent l'attention de la malade : nous étudierons aussi dans ce premier chapitre les formes cliniques de l'épithélioma du col, cela très rapidement, pour ne pas sortir du sujet, en insistant toutefois sur la forme végétante, sur les symptômes révélés par l'examen clinique des organes pelviens et éloignés.

Les *hémorrhagies* constituent en général le premier signe ; sans doute chez quelques malades, les règles reviennent aux époques attendues, mais se prolongent sans causes ; dans la majorité des cas la menstruation est troublée dans ses retours et dans sa quantité : ces irrégularités menstruelles ont été souvent le premier signe du cancer ; quelques malades arrivées à l'âge de la ménopause depuis plusieurs *mois ou plusieurs années*, (c'est là le fait capital), sont surprises par un petit écoulement de sang ; ces pertes sont du reste très variables dans leur intensité, la continuité de l'hémorrhagie étant plus remarquable que son abondance : toutes les malades ont des métrorrhagies et Polaillon dit

même que chez 96 de ses malades elles constituèrent le signe prédominant.

Au début de la maladie tout au moins, le sang qui s'écoule a une teinte rouge : il est possible d'y rencontrer des caillots plus ou moins volumineux, dans la suite le sang qui s'écoule n'est plus aussi coloré, il existe un suintement de liquide fortement teinté ; mais la malade est toujours sous la menace d'une hémorrhagie vraie qui surviendra, à la suite d'une fatigue, d'un simple attouchement, d'une exploration. Ces hémorrhagies reparaissant au début tous les mois et qui sont prises pour un retour de jeunesse, ne sont pas sans affaiblir la malade, qui s'anémie ; la résorption des liquides qui se putréfient dans l'utérus et le vagin vient ajouter ses effets et la cachexie est souvent précoce.

La Leucorrhée se joint souvent à l'hémorrhagie, elle peut alterner avec les pertes sanguines, elle peut les précéder ; c'est d'abord un liquide séreux qui tache le linge et dont l'abondance peut devenir considérable. Au début c'est une leucorrhée simple comme dans la métrite, ou du moins paraissant ressembler à l'écoulement de cette affection mais dans la suite ce liquide devient plus épais ; il est teinté de sang et surtout ce qui est caractéristique dans cet écoulement c'est son odeur repoussante qui l'a fait si justement dénommer : Leucorrhée fétide ; les liquides leucorrhéiques, le pus, le sang, croupissant et se putréfiant dans la cavité vaginale à la surface des ulcères cancroïdaux et des champignons, expliquent ces écoulements fétides. La fétidité des pertes leucorrhéiques et sanguines est même un signe très

caractéristique, qui peut faire reconnaître à distance un épithélioma de l'utérus; sans parler de l'érythème de la face interne des cuisses qui somme toute aurait à côté des autres complications une importance peu considérable, qu'il nous suffise de rappeler qu'à la fétidité s'ajoute encore l'odeur de la gangrène des champignons épithéliomateux. Quoiqu'il en soit, on voit cet écoulement *lavure de chair*, raclure de boyaux, persister, résister à tous les modes de traitement.

Les douleurs constituent le troisième grand signe du cancer du col utérin, elles sont habituellement tardives, il est rare qu'elles soient les premières en date à moins que, fait rare, l'envahissement du cancer ne se fasse dès le début dans le tissu cellulaire pelvien, en général c'est une pesanteur, une gêne dans le bas ventre, une douleur modérée mais qui ne cesse pas pendant le repos de la nuit. A mesure que le mal gagne du terrain, la douleur augmente, s'irradie vers les reins: cette dernière irradiation existe presque toujours. Les douleurs dans le cancer sont dues, semble-t-il, à l'envahissement des nerfs du bassin; la compression, l'infiltration de ces nerfs par le cancer expliquent la production de ces douleurs, elles sont pour cette raison plus tardives, existent presque toujours dans les phases ultimes de la maladie et présentent au point de vue du diagnostic un grande valeur; des malades accusent des douleurs dans le périnée, vers la vessie, l'anus et cela même dans les cas où le segment terminal de l'intestin n'est pas intéressé par la tumeur et sans qu'il y ait généralisation. Les racines des membres inférieurs

sont douloureuses; parfois même on a tous les symptômes « d'une sciatique ».

Les douleurs se caractérisent par des sensations variables, engourdissements, fourmillements, tiraillements, brûlures, élancements; elles peuvent être paroxytiques, comme le dit le professeur Pozzi, ayant tendance à se reproduire à intervalles réguliers, la morphine ne les atténue que pour un instant et la dose accordée doit être progressivement élevée sans que l'on parvienne à rendre à ces infortunées le calme réparateur dont elles auraient si grand besoin.

Nous n'avons pas parlé dans les formes de douleurs, de celles qui sont décrites sous le nom « d'expultrices » elles sont sous la dépendance de l'hémorrhagie, sont dues à l'expulsion des caillots, nous rappellerons encore qu'on a essayé de trouver des caractères distinctifs entre ces douleurs et celles qui se rencontrent dans les fibromyomes : ces dernières sont plutôt des douleurs de compression, douleurs lombaires, atteignant rarement l'acuité des douleurs cancéreuses, et comme le remarquait Kidd, sont intermittentes; particulièrement tenaces au moment des règles. Il n'existe pas d'affections utérines dans lesquelles les douleurs sont aussi vives et aussi durables : rappelons les observations déjà vieilles de Bayle et Cayol qui montrent des malades mourant dans le délire, les convulsions, vraisemblablement dues à des complications urémiques.

Cachexie. — On comprend aisément qu'au milieu de tous ces symptômes la malade s'affaiblit, la nutrition est

profondément altérée, la malade ne mange plus, elle ne digère plus le peu qu'elle prend : un amaigrissement extrême se prononce chaque jour davantage. Les membres inférieurs s'infiltrent; l'une des jambes s'œdématise, se gonfle, la *phlegmatia alba dolens* s'ajoute au tableau déjà si sombre, et rien n'est plus pénible que ces malades torturées par des souffrances inouïes que rien ne peut calmer. Le facies de la malade est du reste caractéristique : les joues bouffies semblent infiltrées d'une graisse jaunâtre, les forces ont complétement disparu : on voit des femmes qui ont vaqué à leurs occupations malgré les métrorrhagies qui un jour, presque brusquement, s'essouflent au moindre effort, sont incapables des travaux les moins pénibles, ont des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; la langue est sèche, la soif est vive : l'inappétence est complète, il y a de l'épigastralgie; le pouls est filiforme ; et c'est sous cet aspect que se présente la malade qui vient demander au chirurgien d'améliorer sa situation.

Hémorrhagie, leucorrhée, douleurs; tels sont donc les trois grands symptômes qui réclament un *traitement palliatif* en première ligne ; sans doute il est rare de voir une malade succomber au cours d'une perte sanguine, mais par le fait même que cette métrorrhagie est un signe constant, qu'elle affaiblit les malades par son abondance, qu'elle les prédispose en les anémiant aux complications de toute sorte, il nous a semblé juste de la décrire avec soin ainsi que les signes connexes, douleurs, leucorrhée.

Nous devons donc être renseignés sur ces points par

l'interrogatoire seul de la femme. Si nous passons à l'examen clinique, quels sont les symptômes qui nous montreront que le *cancer est inopérable.*

Le TOUCHER VAGINAL est la méthode de choix : nous rappellerons que M. le professeur Pozzi insiste sur la « supériorité des renseignements donnés par le toucher et la palpation bimanuelle par rapport à ceux que fournit le spéculum ».

Trois cas peuvent se présenter au point de vue clinique ; le seul que nous ayons à envisager. Le cancer revêt la forme VÉGÉTANTE PAPILLAIRE en chou-fleur, il a débuté sur l'une des lèvres du col, au voisinage de l'orifice externe ou dans un des culs de sac du vagin, le postérieur le plus souvent comme l'admettent Schröder, Lancereaux ; *cette dernière localisation étant, par le professeur Pozzi, décrite sous le nom de cancer liminaire*) ; le vagin dans ce cas est rempli par une sorte de champignon, variable de volume, comblant entièrement la cavité dans laquelle il s'est développé : le doigt reconnaît cette masse dure, ayant parfois sa surface recouverte d'ulcérations sanieuses-fongueuses, on ne reconnaît plus la lèvre du col primitivement saine ; l'orifice ne peut être atteint, il semble enseveli sous les productions épithéliomateuses.

Dans une deuxième forme nous ne trouverons rien dans le vagin, c'est qu'en effet l'épithélioma a débuté dans la CAVITÉ DU COL, c'est la forme cavitaire, la muqueuse cervicale est peu à peu envahie et détruite par une ulcération qui peut détruire tout le col sans beaucoup changer de forme extérieure ; d'autres fois elle est

envahie par des végétations polypoïdes qui viennent faire saillie jusqu'au niveau de l'orifice externe.

En disant au début de ce paragraphe concernant le toucher vaginal qu'il y avait surtout deux formes, ulcéreuse et bourgeonnante, peut être avons nous été un peu schématique car la forme INTERSTITIELLE OU NODULAIRE, qui se présente au début sous la forme d'un noyau inclus dans une des lèvres du col est un cas spécial où la muqueuse n'est **ulcérée que secondairement**, et plus tard l'aspect que prendra cette forme se confondra avec celle du cancer papillaire. Ce ne sont là, il faut bien le reconnaître, que des aspects différents dans lesquels la lésion se présente à son origine ; au bout d'un certain temps lorsque la tumeur s'est étendue on ne retrouve plus rien qui légitime la division précédente ; quand le cancer débute dans l'intérieur du col et envahit les lèvres de l'orifice, la cavité s'entrouve, l'ulcère s'étend à la périphérie et le col se présente sous forme d'une masse bourgeonnante comme dans le cancer papillaire. D'autres fois la destruction l'emporte sur la prolifération, le col est détruit et une vaste ulcération irrégulière et anfractueuse remplace les végétations exubérantes de la forme précédente.

Quel pronostic devrons nous tirer de ces deux variétés bourgeonnante et ulcéreuse ? Elles sont également incurables et sujettes à récidives ; la forme papillaire inquiète plus vite la malade parce que son évolution donne lieu à des hémorrhagies plus abondantes ; la forme ulcéreuse plus insidieuse a souvent atteint le tissu du corps de l'utérus quand on la découvre étant moins perceptible au toucher

quelquefois même à l'examen au spéculum ; elle est à manifestations cachées si l'on peut dire; elle est à généralisations profondes, difficiles à percevoir, retentissant rapidement sur les masses ganglionnaires, quelquefois aussi sur le tissu utérin du corps.

Mais à côté de ces symptômes cliniques réclamant immédiatement un traitement palliatif, il en est d'autres résultant de l'envahissement des organes avoisinants qui mettent le chirurgien dans l'obligation de recourir à ces modes d'amélioration passagère ; nous allons donc envisager aussi rapidement que possible, la propagation de l'épithélioma au vagin, et aux organes voisins.

Le *vagin* est presque toujours envahi ; remarquons cependant que la date de l'invasion est très variable et il semble qu'à ce point de vue les épithéliomas de l'utérus puissent être partagés en deux catégories les uns à marche lente qui mettent en moyenne, un peu plus de trois ans à évoluer, ce sont les moins nombreux; les autres à marche rapide, dont l'évolution se fait en cinq mois et demi depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'au moment où les malades viennent réclamer des soins. La marche est en général d'autant plus rapide *que les patientes sont plus jeunes*.

La propagation de l'épithélioma au vagin se reconnaît surtout par le toucher qui mieux que le spéculum nous renseigne sur l'état de la muqueuse utérine ; en effet les symptômes rationnels se confondent avec ceux du cancer du col de l'utérus, écoulement vaginal leucorrhéïque, jaune ou verdâtre, épais, puis purulent parfois strié de sang. L'odeur est infecte et pénétrante ; à la vulve on

reconnaît des ulcérations, une irritation plus ou moins accentuée. L'hémorragie est un simple suintement séro-sanguinolent intermittent, ou continu ou plus grave par son abondance et sa ténacité, mais ne sont-ce pas là des symptômes analogues à ceux que l'on trouve dans le cancer du col? peut-être dans la propagation au vagin trouverons-nous plus souvent des troubles du côté du rectum ; selles douloureuses et constipation; ce sont là malgré tout des signes peu précis. Le toucher seul nous montrera l'invasion par l'épithelioma et alors le doigt pourra tomber sur une masse végétante, papillaire qui dans une première période, a pu être représentée par une ulcération, par une érosion reposant sur une base dure; bientôt la surface s'est recouverte de bourgeons en chou-fleur, mollasses, fongueux; la tumeur s'ulcère, l'ulcération et la prolifération se combinent et s'associent, c'est la forme papillaire du professeur Pozzi ; dans *une autre variété qui est tout aussi fréquente* le doigt tombe sur une induration en plaque, ou anneau siégeant dans l'épaisseur même de la muqueuse : plus tard la muqueuse présente des bourgeons à sa surface et des ulcérations irrégulières : elle présente les mêmes caractères que dans la forme précédente. Ce qui est remarquable c'est de voir les culs de sac vaginaux perdre leur profondeur et leur souplesse; dans le cas contraire, c'est-à-dire si le sillon qui normalement sépare les lèvres du col des insertions vaginales nous semble dur, infiltré, ligneux sans séparation bien nette d'avec les tissus utérins ou mieux d'avec les productions qui recouvrent le col, il faut conclure qu'il s'est produit

une infiltration et pour terminer ce qui a trait à la propagation vaginale nous rappellerons que cet envahissement se fait le plus souvent au niveau de la paroi postérieure du vagin : *Cruveilhier* cependant la signalait comme plus fréquente sur la paroi antérieure, mais toutes les statistiques s'accordent pour infirmer son opinion : c'est donc surtout à la partie supérieure de la paroi postérieure au niveau du cul de sac que commence l'infiltration; disons enfin que c'est spécialement dans la forme du *cancer liminaire* de l'*utérus* que le vagin est atteint; il se peut encore que toute la paroi vaginale soit en quelque sorte blindée, il y a là un véritable *cancer annulaire.*

Envahissement du Ligament large. — Mais le toucher vaginal pourra nous faire reconnaître encore que la propagation s'est faite aussi du côté du tissu conjonctif de gaine hypogastrique dans l'épaisseur des ligaments larges; si l'épithélioma a envahi le tissu cellulaire il forme dans le plancher pelvien des traînées épaisses, dures, rigides *qui immobilisent l'utérus.* Mais si les indurations ne sont pas appréciables au toucher, on ne peut pas dire, on ne peut pas être sûr que les lymphatiques n'ont pas transporté les éléments cancéreux dans les ganglions des ligaments larges, dans les ganglions pelviens et dans les ganglions lombaires ; on ne peut savoir en outre si ces ganglions sont dégénérés. Sans doute pour peu que la maladie ait eu quelque durée, ce doute sur la dégénérescence ganglionnaire dans la profondeur trouble singulièrement les décisions opêratoires : rappelons que ces ganglions si bien connus actuellement ne sont pas

cliniquement et normalement appréciables ; il est difficile (fait sur lequel on ne saurait trop insister) de reconnaître la propagation pelvienne; cette notion a cependant une grande importance au point de vue chirurgical : sans doute lorsque le vagin est envahi il existe toujours en même temps un envahissement du ligament large, mais la réciproque n'est pas vraie, le vagin peut être indemne et les lymphatiques déjà pris en même temps que le tissu cellulaire pelvien. Il peut encore y avoir des ganglions dans la région inguinale formant des masses dures, infiltrées, diffuses, et, fait remarquable, indolores, mais il faut bien savoir que ces ganglions inguinaux tuméfiés, manifestement cancéreux sont une rareté : cet envahissement ganglionnaire que nous ne pouvons pas toujours prévoir a donc une importance capitale, nous n'avons pas joint l'envahissement ganglionnaire à l'envahissement du ligament large, car ce sont là deux complications connexes : ne sont-ce pas elles qui vont entraîner L'IMMOBILITÉ DE L'UTÉRUS ?

Pour rechercher ce dernier symptôme il est souvent prudent d'endormir la malade, surtout si son état de nervosisme fait prévoir des contractions des muscles de l'abdomen qui viendront gêner l'examen : la palpation bimanuelle douloureuse quand elle est faite trop brusquement ne permet pas de reconnaître le volume de l'utérus : si à l'état normal, la masse représentée par l'utérus est facilement mobilisable, dans le cancer (pour quelques auteurs c'est un fait précoce) le col semble *tenir* : au début on abaisse encore l'utérus dans son ensemble, mais le cul de sac se déprime « se

déplace avec lui ». Le col semble rattaché au ligament large par une « corde invisible, mais inextensible » et on ne peut augmenter la distance qui les sépare : quand cette sensation est unilatérale elle est d'autant plus nette et caractéristique ; quand le cancer est généralisé à tout le bassin « on dirait que l'utérus a été coulé dans une sorte de gangue solidifiable qui l'a encloué dans le petit bassin, de façon à s'opposer à tout mouvement. (Pozzi). On conçoit l'importance que prend cette modification de la mobilité utérine normale que *démontrent l'abaissement méthodique de l'utérus combiné à la palpation bimanuelle, au toucher vaginal, quelquefois même au toucher rectal :* dès lors se pose la question : si l'utérus est libre, le chirurgien est-il autorisé à opérer? La réponse nette par l'affirmative semblerait assurément la plus rationnelle, mais il faut faire aussi entrer en ligne l'état de la malade et ne pas oublier que les ganglions iliaques prévertébraux peuvent être envahis et comme le fait remarquer M. le professeur Pozzi, citant la thèse de Barraut : « les ganglions inguinaux contrairement à l'opinion commune, peuvent être envahis sans que le vagin soit pris. »

Avant d'examiner les autres propagations qui deviennent dès lors autant de motifs d'indications de traitement palliatif nous voudrions rappeler que l'induration péricervicale peut avoir une autre cause que la propagation cancéreuse, les infections parties de la tumeur ulcérée pouvant infecter les ganglions et en même temps les troncs lymphatiques qui les relient à eux ; mais en

pratique cela n'est pas; toutes les fois qu'une traînée est constatée dans les culs-de-sacs, c'est une traînée épithéliomateuse, néoplasique, en tout cas elle doit être considérée comme suspecte.

La propagation au vagin et l'envahissement du ligament large connus, il nous reste à étudier les propagations les plus importantes ; qu'il *nous suffise de dire que la propagation au corps utértn se reconnaît difficilement au toucher ;* pour la découvrir il est nécessaire de dilater préalablement la cavité utérine : mais c'est surtout dans les formes de cancer du canal cervical; ce qui est bien différent du cancer de la portion vaginale ; Ruge et Veit avec Schroëder sont même allés plus loin et ils disent qu'ils n'ont jamais vu d'exemple de cancer simultané du corps, ce n'est donc pas là une propagation bien intéressante. En ce qui *concerne le traitement palliatif*, qu'il nous suffise de l'avoir mentionné. A côté de ces propagations qui déjà par elles-mêmes sont une contre-indication à tout traitement chirurgical, il en est d'autres plus graves indiquant l'envahissement et les compressions d'organes, plus ou moins rapprochés, la propagation à des viscères éloignés.

Les compressions les plus graves sont celles qui portent sur les organes du ligament large : les vaisseaux sont comprimés ce qui amène l'œdème des membres inférieurs et de la vulve, les nerfs sont envahis pour leur propre compte et on a les douleurs atroces précédemment étudiées. Mais c'est surtout L'URETÈRE qui

comprimé, enserré dans des tissus inextensibles, se trouvera rétréci; la diminution de calibre, l'inextensibilité gênent le cours de l'urine; le canal se dilate en amont jusqu'au rein, il se produit une sorte d'hydro-uretère-néphrose; la rétrodilatation remonte jusqu'au bassinet, aux calices, et il s'ensuit une néphrite consécutive que Lancereaux considère comme constante.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier surtout dans les cancers inopérables c'est que les lésion rénales comptent parmi les plus graves : Merklen les considère comme existant dans 50 o/o des cas : le symptôme qui nous permettra de les déceler est la *polyurie* : les urines sont abondantes, pâles, limpides : elle atteignent 2 à 3 litres par jour; elles sont fréquemment légèrement opalines. Ce sont les urines de la Polyurie limpide, décrite par M. Guyon; et elles justifient la règle posée par lui « que le rein secrète d'autant plus qu'il est plus près de sa fin » : ces urines contiennent une faible quantité d'urée et malgré leurs quantités elles ne suffisent pas dans les vingt-quatre heures à l'élimination des produits toxiques; c'est ainsi que les malades meurent souvent avec tous les symptômes de la forme respiratoire de l'urémie, les accidents éclamptiques sont plus rares : *l'anurie* peut être le phénomène primitif et d'un diagnostic délicat surtout quand le cancer du col (chose rare) a passé inaperçu mais, fait qui peut se renouveler comme dans les observations rapportées par M. le professeur Debove et M. Dreyfus-Brisac, la phase de tolérance de l'anurie dure quelques jours puis éclatent les accidents ultimes; dans des cas mentionnés par

Roberts, l'urine aurait repris son cours au bout de huit jours et la malade aurait survécu un mois.

Quoi qu'il en soit, les complications rénales doivent attirer notre attention et par le fait même qu'elles existent constituent une contre-indication à tout *traitement curatif.*

Mais si la partie supérieure de l'appareil urinaire se trouve influencée somme toute indirectement, par le développement de l'épithélioma utérin, il n'en n'est pas de même de la VESSIE qui peut être intéressée par la propagation de l'épithélioma : la cloison vésico utérine et la paroi vésicale elle-même sont envahies très souvent, le néoplasme qui s'ulcère sans cesse finit par amener la perforation de la vessie, d'où la formation de fistules qui laissent passer l'urine dans le vagin, la cavité vésicale est mise en communication avec le néoplasme ulcéré et sphacélé ; il ne tarde pas à se développer des phénomènes de cystile : puis l'uretére se prend et l'uretérite ascendante amène des pyelites et des néphrites suppurées. La vessie versant les urines dans le vagin, le contact de l'urine avec le néoplasme donne aux secrétions qui s'échappent du vagin une odeur infecte : on devra interroger avec soin la malade pour savoir si elle a remarqué que ses urines étaient colorées, ayant une teinte nettement sanglante ; dans d'autres cas ce sont les signes d'une cystite : envies fréquentes d'uriner, brûlures, élancements. Nous ajouterons que la cystoscopie peut donner de bons résultats, mais c'est surtout par le toucher vaginal que nous reconnaîtrons la plaque d'indura-

tion, l'ulcération ayant amené la disparition de la mince cloison vésico-utérine.

La propagation à la vessie est donc une contre-indication absolue, et *comme le dit M. le Professeur Pozzi* « *enlever l'utérus et les parties envahies du rectum et de la vessie me paraissent une illusion funeste; certes l'opération est faisable et peut réussir immédiatement mais la récidive ou pour mieux dire la repullulation sur place, est fatale à bref délai, car un cancer aussi avancé a sûrement déja infecté les lymphatiques. Enfin la gravité de l'hystérectomie étant considérablement augmentée en pareil cas on peut se demander s'il est sage d'exposer la malade à de si gros dangers,* nous préférons cette opinion si justifiée par une longue expérience à la manière de voir de Mickulicz qui dit même « qu'il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie qui ne sont pas des organes essentiels à la vie ».

Il nous reste à étudier la propagation de l'épithélioma au Rectum qui pour être moins fréquente que l'envahissement de la vessie, n'en existe pas moins : sur *282 cas observés par Wagner et Blau on le trouve envahi 53 fois,* dans 24 cas il y avait fistule recto-vaginale : le toucher rectal est toujours indiqué : dans les cas de non propagation il nous permet de reconnaître l'état du vagin ou dans le cas contraire, par ce procédé nous explorons la cloison recto-vaginale, nons voyons si la muqueuse a sa souplesse et sa mobilité habituelles. Il est du reste possible de rencontrer des malades, qui dans une première phase de leur affection présentent surtout,

quelquefois même uniquement, des troubles de la défécation, et qui lorsqu'elles se présentent au chirurgien ont une tumeur vaginale et un rétrécissement du canal anal ou parfois une fistule.

Telles sont les principales propagations du cancer du col de l'utérus : la forme liminaire et la forme végétante amenant surtout ces complications. L'envahissement du péritoine par le néoplasme est rare bien entendu en dehors de l'envahissement du ligament large : quand il existe de la péritonite chronique il y a d'autres régions envahies.

Le cancer de l'ovaire existant en même temps que le cancer du col est une véritable anomalie.

Signalons les lésions cardiaques, l'hypertrophie du cœur, qui a été le sujet de bien des discussions (Traube, Potain, Charcot, Strauss). On a encore rencontré l'endocardite verruqueuse, la dégénérescence graisseuse du foie, des productions métastatiques du côté du poumon, de l'estomac, amenant de l'adénopathie sus-claviculaire (Troisier.) Mais alors même que la malade continue à vivre sans complications graves, elle ne tarde pas à prendre cette teinte jaune paille que Barnes a attribuée à l'absorption d'une partie des matières fécales décomposées ; et c'est au milieu de l'affaiblissement progressif que surviennent les névralgies *intolérables, la phlegmatia alba dolens*, etc.

Avant de terminer la première partie de notre thèse nous voudrions dire quelques mots du *cancer du col compliqué de grossesse :* le traitement palliatif du cancer (curetage, cautérisation) suivra l'avortement provoqué dans les cas

ou le col est très dur, manifestement inextensible. Si le cancer est limité l'hystérectomie vaginale restera l'opération de choix, mais nous n'avons pas à nous occuper de ce dernier point.

DEUXIEME PARTIE

Du traitement palliatif du cancer du col de l'utérus

Ce n'est pas ici le lieu de nous demander s'il existe un traitement chirurgical du cancer : retenons seulement que dans l'état actuel de la science, l'épithélioma nous apparaît comme une lésion primitivement locale ne s'étendant pas et ne se généralisant que dans la suite : il serait donc rationnel de dire qu'en faisant une opération adéquate au mal on peut espérer une guérison radicale: mais nous n'avons pas à envisager ce côté particulier de la question puisque nous voulons uniquement nous occuper du traitement palliatif. Ce traitement est lui-même chirurgical ou médical.

Le traitement palliatif *chirurgical* nous retiendra peu, qu'il nous suffise de mentionner les tentatives faites pour retarder la marche fatale de l'épithélioma par la méthode atrophiante. Dans ce but on a pratiqué la ligature des artères de l'utérus : Baumgartner en parle le premier pour les cancers inopérables, il fut suivi dans cette voie par MM. Hartmann et Fredet. — De trois observations publiées par ces auteurs (dans les « Annales de gynécologie et obstétrique 1898 ») découle cette conclusion, que la ligature des utérines au niveau de la fosse ovarienne et la ligature de l'hypogastrique sont susceptibles de faire disparaître momentanément ou tout au moins de diminuer les métrorragies : il ne faut pas oublier

cependant que les auteurs reconnaissent malgré tout que dans un cas les pertes sanguines ont continué à tel point que la malade était obligée de se garnir.

Mais nous avons surtout en vue dans notre thèse le traitement palliatif médical. Aussi on comprendra que nous ne nous étendions pas sur les *opérations à faire dans les cas de fistules vésico* ou *recto-vaginales*. L'opération de choix qui donne parfois des résultats notables (cinq mois dans le cas de Chavannay, au moment de sa publication, 1899), est la néphrotomie que l'on doit préférer à l'uretérostomie, à l'uretéro-cysto-néostomie et à l'implantation des uretères dans le gros intestin.

Ceci dit, nous allons voir comment se résument les indications du traitement lorsque le cancer est jugé inopérable : 1° *atténuer les pertes sanguines*, *calmer les douleurs*, *traiter les douleurs;* 2° *tarir l'écoulement fétide.*

Traitement des métrorrhagies

Nous avons démontré dans la première partie de notre thése l'importance que prenait ce symptôme, comment peut-on y remédier? Différents produits ont été préconisés : le perchlorure de fer, la gélatine; pour cela on introduit dans le vagin des tampons imbibés de liquide hémostatique, mais nous ne devons pas oublier que la métrorrhagie est souvent, sinon toujours, sous la dépendance des productions néoplasiques, il a donc semblé légitime de traiter ces hémorrhagies en agissant directement sur les végétations épitheliomateuses, c'est

ainsi que différents caustiques ont été successivement en honneur.

Cautérisation. Caustiques chimiques.

L'acide acétique, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, le nitrate-acide de mercure, la pâte de canquoin ont été préconisés, le caustique de Filhos que dans une communication récente M. Pichevin défend (*Semaine gynécologique*. Paris, 1902) sont autant de caustiques qui ont eu souvent des défenseurs à l'étranger. « Mais les nombreux accidents, perforations, péritonite, dûs en particulier à l'emploi des flèches en ont fait abandonner l'emploi. » Des observations que nous avons parcourues, un fait bien net se dégage; et cela se rencontre même dans les thèses récentes comme celle de Champion (Paris 1897), l'amélioration n'a pour ainsi dire pas existé, qu'il nous suffise de citer un de ces nombreux cas :

Observation I

« P... (Alexandrine), 56 ans, couturière, est admise le 20 février
« 1896, pour un épithélioma très avancé, dans le service du
« docteur Polaillon : à l'examen on reconnaît que les culs-de-sac
« du vagin sont envahis depuis plus de quinze mois, elle a des
« métrorrhagies et des pertes fétides qu'elle a traitées par des
« injections; mais les progrès de la cachexie l'obligent à entrer à
« l'hôpital. Il y a des métrorrhagies, écoulement fétide; pour parer
« aux accidents locaux une cautérisation intra-utérine est faite
« avec une grande flèche de chlorure de zinc, la douleur fut
« peu modérée, la malade se trouva un peu mieux, les pertes
« sanguines et fétides furent supprimées. La mort cependant
« survint le onzième jour après la cautérisation sans qu'il y ait
« eu à noter d'accidents précurseurs : l'autopsie ne put pas être
« pratiquée. »

Nous pourrions multiplier le nombre de ces cas, ils se ressemblent à peu près tous — bien que l'emploi des caustiques tende à disparaître de plus en plus, il faut reconnaître que le *chlorure de zinc,* a pu rendre de réels services lorsqu'il est manié avec prudence ; c'est Marion Sims qui, après Maisonneuve et Demarquay, utilisa ce procédé ; le manuel opératoire est le suivant :

« Il est bon de faire un nettoyage du col avec la curette, de faire l'hémostase avec le thermocautère, mais sans insister sur cette première cautérisation, puis on place sur le col de petits tampons imbibés de la solution à 2/3 de chlorure de zinc, on les laisse en place de 12 à 24 heures ; pour neutraliser les effets du caustique sur le vagin, on peut à l'exemple de Sims superposer des tampons imbibés d'une solution concentrée de bicarbonate

de soude et oindre la vulve de vaseline au bicarbonate de soude 1/3; l'escharre tannée tombe au dixième jour. Pozzi. »

C'est malgré tout un caustique peu employé, bien que Frankel en 1888 ait consacré une monographie spéciale au traitement du cancer de l'utérus par le chlorure de zinc.

D'une manière générale pour terminer ce qui a trait à la *cautérisation potentielle* nous dirons qu'un caustique ne doit pas avoir une action *trop énergique, ni trop étendue*, c'est là un des inconvénients de la méthode; une fois placé le cône caustique est fixé dans cette situation à l'aide de tampons vaginaux qui en préviendront le déplacement et protégeront les parois vaginales; le caustique est laissé 24 heures en place après quoi on renouvelle si l'effet primitif est insuffisant.

Cautérisation avec le fer rouge. — La cautérisation avec le fer rouge est peut être de toutes les méthodes palliatives la plus ancienne. Le *thermocautère insuffisant,* le professeur Pozzi emploie dans son service depuis de longues années, les cautères en roseaux, les cautères olivaires de différentes grandeurs, chauffés au rouge cerise. Ce procédé a pour but de poursuivre au nloi par le rayonnement du fer, les traînées néoplasiques et de les frapper de mort au milieu des tissus sains plus résistants. Durant le cours de l'opération des irrigations à l'eau froide abaissent la température trop élevée qui pourrait être dangereuse pour toutes les cellules. Des valves en bois utilisées chez le professeur Pozzi évitent les brûlures du vagin qui se sont produites avec des valves métalliques surchauffées par l'action des cautères.

Le nombre des autres travaux sur la cautérisation est d'ailleurs considérable ; qu'il nous suffise de rappeler ceux de Kaeberli (1886) puis les observations de Baker; les thèses d'Adrien Pozzi

(1888) Montaigne (Lille 1894). Nous avons pu nous procurer, grâce à la bienveillance du docteur Canje ancien interne des Hôpitaux, une observation d'amélioration passagère d'épithélioma du col utérin traité par la cautérisation au fer rouge.

Observation II

« La nommée Marie Bl.,. âgée de 40 ans, cuisinière, se pré-
« sente à la consultation de l'hôpital Cochin le 17 août 1900,
« pour des pertes de sang qui existent dit-elle depuis dix mois
« octobre 1899; jusqu'alors elle s'est toujours bien portée,
« elle a eu deux enfants. Jamais de fausse couche. Rien à noter
« dans ses antécédents de famille : au début de la maladie elle
« a eu quelques douleurs abdominales, qui ont peu duré; elle
« dit aussi qu'elle a eu des « pertes comme de l'eau » sui-
« vant son expression; survenant de préférence la nuit; depuis
« *mai* (on était alors en août quand la malade vint consulter)
« elle a des métrorrhagies, elle est grosse ayant tendance à l'obé-
« sité. Si bien qu'elle ne peut préciser si elle a maigri.

« Au toucher, les culs de sac du vagin sont libres et souples,
« l'utérus est mobile et de volume normal. Le col est gros, son
« orifice *est oblitéré par une* saillie végétante, rouge, comparable
« à une framboise : cette saillie repose sur une base indu-
« rée, située sur la lèvre postérieure; une petite ulcération can-
« croïdale circonscrit une partie de l'implantation de la tumeur;
« l'aspect de ce champignon végétant, l'ulcération et l'induration
« de sa base, caractérisent le diagnostic d'épithélioma du col.
« Le corps de l'utérus est indemne de toute induration, de toute
« tuméfaction, de toute douleur à la pression.

« On conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital elle s'y refusa
« elle revint le lendemain et M. Canje procède à la cautérisation

« avec les cautères habituels. Ajoutons que la malade fut anes-
« thésiée à la cocaïne locale; c'est-à-dire que le vagin avait été
« badigeonné, et préalablement lavé avec une injection : ensuite
« on fit un pansement à la gaze aseptique; la malade fut recon-
« duite chez elle en voiture et le lendemain (rappelons ce détail
« elle habitait près de l'hôpital Cochin) elle revint pour avoir un
« pansement propre ; le suintement avait été peu abondant —
« les jours suivants la malade revint régulièrement; le fait im-
« portant à retenir c'est que la malade n'eut plus de pertes
« sanguines; elle resta encore quinze jours à Paris ; la surface de
« la plaie qui suivit la cautérisation et l'ablation du champi-
« gnon épithéliomateux, ne présenta rien de particulier.

La malade se sentant bien améliorée *ne perdant plus*, partit en province : elle revint à la fin de décembre 1900, il y avait une récidive ».

Cette observation nous a semblé intéressante car au milieu d'autres observations analogues elle montre qu'il est possible d'arriver à améliorer passagèrement la vie de ces malades en supprimant la métrorrhagie pendant deux, trois mois et même davantage comme nous l'avons lu dans la thèse de Montaigne, (Lille 1894).

Rappelons que le galvanocautère *peut être utilisé* à la place d'un cautère *ordinaire* : nous n'avons pas à faire ici la description de cet appareil.

Le *Curettage* peut se joindre aussi à la cautérisation comme traitement palliatif surtout quand il existe des masses bourgeonnantes, les hémorrhagies peuvent être facilement arrêtées par le curettage du cancer : cette opération palliative a donc pour but essentiel de détruire rapidement les fongosites qui se désagrègent avec lenteur, entraînent les symptômes que nous con-

naissons, M. le professeur Pozzi dans son traité de gynécologie fait remarquer « que l'instrument de choix est la curette et plus spécialement la *cuiller tranchante de Sims* qui attaque très facilement les masses cancéreuses ; on évide rapidement avec l'instrument de gros modèle, les fongus volumineux, puis on poursuit les végétations dans les anfractuosités avec les curettes plus petites ; il faut toutefois manœuvrer et, c'est un fait que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, avec la plus grande prudence dans les régions dangereuses, notamment en avant (vessie et uretères). Si l'on pénètre dans la cavité utérine envahie on aura soin, c'est là une chose importante, de n'attaquer les surfaces qu'obliquement et non perpendiculairement afin d'éviter les perforations ». Il y a même des chirurgiens qui comme Martin-Rahenau n'ont pas hésité à pratiquer la suture au niveau des surfaces avivées ; nous croyons que ces cas là doivent être rares. M. Pozzi lui même pense que cette méthode offre plus d'un inconvénient et c'est alors qu'après avoir pratiqué le curettage, il préfère recourir à la cautérisation associée au curettage. Il est inutile d'ajouter que l'opération est suivie d'un pansement à la gaze iodoformée, renouvelé le deuxième jour : les lavages du vagin seront faits avec la solution de sublimé à 1/5000 ; dès que les granulations réapparaîtront on pourra appliquer un petit tampon discoïde imbibé de chlorure de zinc au dixième, isolé par un tampon de gaze imbibée de carbonate de soude ».

Que penser de ce mode de traitement palliatif ! Il est préconisé dans la *thèse de Brault* qui rapporte :

Quatre cas de cancers inoperables du col — ces epithéliomas furent traités par le curretage : et les quatre tumeurs auraient été améliorées (Thèse Paris 1894). Plus récemment *Mme Kantzel* (Thèse de Bordeaux 1900) a envisagé ce mode de traitement;

dans les observations recueillies dans ces deux thèses il y a eu amélioration manifeste; il ne nous a pas été donné de pouvoir en observer personnellement : les deux observations que nous possédons sur le curettage et la cautérisation en tant que traitement palliatif sont les suivants :

Observation III

« Léonie R. » 54 ans entre à l'hôpital Necker salle Foucher nº 23, (service de M. le docteur Routier, le 5 février 1898. — Le vagin est rempli par une masse bourgeonnante, le ligament large droit est induré; l'utérus est immobile. — Métrorrhagies continuelles. — Les accidents morbides dataient de la fin de 1897. Le 10 février l'interne du service fait un curettage de toutes les végétations (sous le chloroforme).

La malade eut une amélioration réelle pendant 5 à 6 jours, durant lesquels elle ne perdit pas de sang. — Pansement tous les jours — Le septième jour on constate la présence de granulations : le suintement recommence. La malade dès lors est traitée par des pansements antiseptiques; elle reste à l'hôpital jusqu'au 21 février ; elle n'a pas été revue ».

M. le professeur Pozzi recommande de faire suivre le curettage d'une énergique cautérisation avec le fer rouge. M. Bouilly complète l'opération du curettage par l'application de tampons imbibés d'une solution de bleu de méthyle.

Observation IV

Marie M. âgée de 52 ans, mère de trois enfants, cesse d'être réglée à 47 ans.

Au mois de janvier 1901, la malade a eu des pertes blanches, peu abondantes, au début, mais qui augmentent peu à peu et

l'obligent à se garnir ; elles prennent une odeur fétide insupportable pour la patiente. Fait particulier elle prétend n'avoir jamais perdu de sang.

Les premières douleurs se montrent vers la fin du mois de février.

Elles prennent bientôt un caractère continu avec des paroxysmes. Elles s'irradient dans tout l'abdomen et dans la jambe droite. Comme la plupart des malades elle se décide à cette époque seulement, à consulter un médecin qui la fait entrer dans le service du Dr Chenieux (de Limoges), le 2 Mars 1902.

L'état général est satisfaisant.

Au spéculum on voit un col hypertrophié, du côté droit une ulcération circonscrite par des bords bourgeonnants ; au toucher, le col paraît infiltré, les culs-de-sac sont libres, les cloisons recto-vaginales et vésico-vaginales sont saines. La malade n'a jamais eu de troubles urinaires ; mais l'utérus est *complètement immobile*, le Dr Chenieux juge une hystérectomie totale impossible dans ces conditions.

On pratique des cautérisations au fe rouge sur toute la surface ulcérée et bourgeonnante.

La malade sort de l'hôpital le 29 mars, 10 jours après l'intervention ; les douleurs ont disparu, la leucorrhée n'existe plus.

Un mois après elle se représente dans le service, ainsi qu'il lui avait été recommandé. Elle se trouve très bien. Huit jours après elle revient d'elle-même, se plaignant de douleurs. On lui fait une application de glycérine créosotée, mais elle est mal supportée par la malade qui a des douleurs intolérables l'obligeant à garder le lit, et à ce moment pour la première fois elle remarque des pertes sanguines. Cette métrorrhagie peu abon-

dante, il est vrai, a un caractère intermittent et dure depuis quinze jours, quand la malade revient à l'hôpital.

De nouvelles cautérisations lui sont faites (14 mai). Depuis ce moment la malade que nous avons revue pour la dernière fois le 22 mai a peu souffert, les pertes ont cessé.

A côté de ces traitements de premier plan si on peut dire il en est d'autres qui ont été préconisés, nous n'avons pas recueilli d'observations sur ces traitements, nous nous contenterons de les mentionner.

Traitement par le violet et le bleu de méthylène. — *Mosetig*, en 1892, a préconisé le traitement des cancers inopérables du col par le violet de méthyle; on commence par enlever à la cuiller tranchante les bourgeons friables du cancer, comme dans le curettage. Puis on attend jusqu'au lendemain pour faire l'imprégnation des tissus à la matière colorante, afin que celle-ci ne soit pas entraînée par le saignement; à l'aide d'une seringue de Braun on fait des injections interstitielles d'une solution de bleu de méthylène à 1/500. Les injections sont faites tous les deux ou trois jours et en même temps des tampons d'ouate hydrophile imbibés de la même solution sont appliqués à la surface de la tumeur; Mosetig administre également à ses malades, une ou deux pilules contenant chacune 3 centigrammes de bleu de méthylène et autant de violet de méthylène. A la suite de ce traitement Mosetig a vu la tumeur rétrocèder et les hémorrhagies s'arrêter, *Porte* rapporte également deux observations dans lesquelles les douleurs s'atténuèrent sensiblement (Thèse de Bordeaux 1895).

Il ne nous a pas été donné de voir appliquer ces traitements dans les services que nous avons suivis ; qu'il nous suffise d'avoir indiqué ce mode de traitement.

Traitement par les injections d'alcool. — A l'aide d'injections interstitielles d'alcool, Schultz, Vuilliet ont obtenu de grandes améliorations dans le cancer inopérable de l'utérus. Après avoir nettoyé le vagin on remplit deux ou trois seringues de Pravaz aseptisées avec de l'alcool absolu ; les premières piqûres sont faites au centre du néoplasme, s'il s'agit de masses végétantes molles ; *on enfonce l'aiguille jusqu'à* ce qu'on sente une certaine résistance ; on pousse alors le piston de manière à injecter trois ou quatre gouttes d'alcool. La première injection faite on laisse la seringue en place et on passe à la seconde injection. puis à la troisième, on ne retire la première seringue que lorsqu'on s'est servi de la troisième.

On fait ainsi de neuf à douze piqûres en procédant du centre à la périphérie, les séances sont répétées quatre ou cinq fois par semaine. L'alcool semble agir en mortifiant les éléments du cancer et en les entraînant par une sorte de lavage. L'écoulement et les hémorrhagies diminuent ou disparaissent, ce traitement serait assez douloureux. Il ne nous a pas été donné non plus de voir appliquer ce traitement. Vuilliet dans la *Semaine Médicale* dit qu'il aurait obtenu quelques améliorations.

Mais à côté de ces *méthodes palliatives* peu usitées en gynécologie, il en est une plus intéressante, plus répandue en clinique, nous voulons parler du TRAITEMENT PAR LE CARBURE DE CALCIUM.

Ce fut Guinard qui le premier, en 1896, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine dont MM. Dumontpallier et Guéniot furent nommés rapporteurs, en préconisa l'emploi pour combattre les hémorrhagies et la douleur, plus spécialement dans les cas de cancer propagé au vagin : Livet la même année dans une thèse soutenue devant la faculté de Paris publie quel-

ques observations : nous allons donc envisager le mode d'emploi et nous rapporterons quelques faits personnels où nous avons pu apprécier les effets du carbure.

Un morceau de carbure de calcium est introduit directement au fond du vagin : il est en général du volume d'une petite noix ; le fait expérimental important à retenir est que le carbure au contact de l'eau se décompose aussitôt en gaz acétylène et en oxyde de calcium ; on bourre rapidement le vagin avec de la gaze iodoformée qui retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques, il est bon de circonscrire le fragment introduit avec un tampon de gaze, cette mnière de faire ayant surtout pour but d'empêcher les cautérisations, les brûlures des parois vaginales ; après avoir bourré le vagin de gaze iodoformée il est bon de placer au-devant de la vulve une feuille de ouate hydrophile, cela peut éviter des chances d'infection toujours à redouter. La malade éprouve pendant trois ou quatre heures une sensation de brûlure qui disparaît d'elle-même. Dans quelques cas on a pu voir se produire le jour même de l'application du carbure une élévation de température qui du reste est loin d'être constante, et que pour notre part nous n'avons eu à enregistrer qu'une ou deux fois. On laisse le carbure pendant quatre jours ; il est inutile d'ajouter que si les douleurs étaient trop intolérables, ce délai ne serait pas attendu ; à l'état normal on enlèvera donc le tampon de gaze, on fera un lavage copieux avec une solution de sublimé au millième ou bien encore une solution d'eau oxygénée. *Il est nécesssaire de détacher avec le doigt ou avec un instrument mousse de préférence les fragments d'oxyde de calcium qui sont incrustés* dans le néoplasme et qui sont entraînés par le lavage.

Guinard concluait très catégoriquement que ce traitement

combattait avec avantage les hémorrhagies, la leucorrhée fétide et les douleurs; souvent dès la première application les hémorrhagies cessent; de plus à l'ablation du pansement on voit les bourgeons néoplasiques désséchés, tomber laissant une surface lisse et unie de ton uniformément grisâtre. *On admet que l'acétylène agit comme hémostatique et le calcium comme caustique.*

Nous avons pu recueillir quelques observations de cancer amélioré par le carbure de calcium ; les hémorrhagies ont cessé en général, à la suite des applications qui ont été faites.

Observation V

Françoise Hoffman, âgée de quarante-sept ans, entrée à l'Hôtel-Dieu salle Sainte Marthe pour des pertes de sang.

Antécédents héréditaires : Rien de spécial à noter, père mort d'accident, mère tuberculeuse.

Antécédents personnels : La malade a eu 6 enfants, le dernier accouchement date d'il y a sept ans. Jamais de fausse couche Elle n'a jamais eu de maladie grave. — Elle a toujours été bien portante. Elle était bien réglée : les périodes menstruelles étaient normales : duraient de *cinq à six jours* : lors de son entrée *novembre 1901, elle dit qu'elle n'a pas eu encore son retour d'âge : quatre mois avant cette date* elle eut ses règles normales, mais il y a trois mois, elle remarqua qu'un mois ne s'était pas écoulé depuis l'apparition du dernier flux menstruel : elle fut prise de pertes brusques le matin au lever : ce ne fut guère que durant la première journée que la quantité de sang perdue fut assez considérable : les pertes diminuèrent et dans la suite ce fut à proprement parler un suintement, le sang prit une teinte

pâle : et la malade dit que sur le linge, l'écoulement laissait *des taches de rouille* : c'est l'expression dont elle se servait :

L'écoulement cessait un jour ou deux, puis réapparaissait. Le sang était pâle, d'une odeur fétide, repoussante. La malade consulta en ville elle prit des injections de sublimé, des injections chaudes qui du reste n'eurent aucun effet : depuis octobre (lors de son entrée on était en novembre) elle a perdu sans discontinuer.

Elle n'a jamais remarqué de caillots mélangés au sang. La malade dit en outre que vers le deuxième mois après le début des pertes elle a eu des pertes hydrorrhéiques :

Fait remarquable il n'existe pas de douleurs aiguës, la malade a du reste continué à travailler jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu : le soir elle ressentait des douleurs lombaires, de la pesanteur dans le bas-ventre.

En interrogeant la malade on apprend que les selles sont normales, très régulières. La miction se fait bien mais dans les *jours qui ont précédé son entrée* salle Sainte-Marthe elle a eu *des envies fréquentes d'uriner*. La malade ne peut dire si elle a maigri : son appétit est devenu capricieux : la langue est un peu sèche toutefois. Depuis son arrivée elle a des éblouissements assez fréquents, elle refuse de se lever.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade ayant été obligée de porter un fardeau assez lourd, a eu une perte plus abondante que de coutume, le sang était rouge, d'odeur fétide — mélangé à des caillots noirâtres : elle perdit connaissance : le médecin de la ville qui fut appelé auprès d'elle lui fit une injection sous-cutanée d'une solution d'ergotine.

A l'examen on remarque le teint décoloré : la malade est d'une corpulence assez forte : à l'examen de la paroi abdomi-

nale on ne peut rien découvrir de spécial. Mais au *toucher* on reconnaît que le vagin est absolument comblé par une masse bourgeonnante s'effritant sous le doigt; on ne peut arriver sur l'orifice du col ; il est de plus à remarquer que ce champignon est implanté sur les lèvres du col, mais qu'il existe aussi à ce niveau une ulcération ; les bords de cette ulcération sont saillants ; circonscrivant la plaie recouverte de végétations que le doigt a rencontrée dès son introduction dans le vagin.

Les parois vaginales ont perdu leur souplesse.

Quand on combine le toucher au palper on voit que l'utérus s'immobilise à peine et cette manœuvre détermine une douleur assez vive : ce que ne produisait pas le toucher isolé.

Le vagin étant nettoyé, le fragment de carbure est introduit suivant les principes énoncés plus haut : la malade accuse une cuisson assez forte, mais malgré tout supportable : cette douleur ne persista pas du reste très longtemps, elle diminua dans l'après-midi, et la nuit qui suivit, la malade put prendre quelque repos : dans les jours qui suivirent rien de spécial à signaler : la sensation de brûlure à disparu, et *surtout l'écoulement sanguin n'a pas reparu.*

Le troisième jour on procède à un nouveau pansement dans les mêmes conditions que le premier ; après l'application du carbure de calcium la malade accuse les mêmes symptômes douloureux. — Nous ferons remarquer qu'on avait pris soin après le premier pansement d'enlever avec un tampon de ouate monté sur une pince, les fragments de carbure qui recouvraient la surface ulcérée : le soir de la seconde application la malade eut une élévation de température 38°5, on pensait que l'application de carbure pouvait être la cause de la poussée fébrile mais la malade était simplement grippée : avait quelques vésicules

d'herpès sur les amygdales : ajoutons du reste que cette poussée ne fut que passagère et le surlendemain la température était normale.

L'hémorrhagie se trouvait arrêtée, on isola de plus en plus les applications de carbure ; tous les quatre jours, tous les cinq jours : deux fois par semaine pour éviter les fermentations vaginales toujours possibles avant chaque application on procédait à un lavage soigneux ; du vagin ; la malade resta ainsi un mois et demi en traitement puis se sentant amélioré elle décida de quitter l'Hôtel-Dieu ; à ce moment-là le chou-fleur néoplasique n'existait plus : il restait une surface ulcérée sur la lèvre postérieure, grande comme une pièce de 1 franc environ par conséquent fin décembre 1901 la malade était nettement améliorée elle n'avait plus les hémorrhagies, qui avaient constitué le symptôme prédominant. Elle revint à l'hôpital vers le 15 janvier, sur l'ulcération avaient végété quelques productions : il n'y avait pas d'hémorragie à proprement parler mais un léger suintement ; on procède à un pansement au carbure. La malade qui ne voulait à aucun prix faire un séjour à l'Hôtel-Dieu revint tous les huit jours : elle est restée du 30 janvier au 18 février sans qu'il soit fait aucun pansement vaginal : elle prend chez elle des injections à l'eau bouillie : le 18 février la malade remarqua que son linge était légèrement taché de sang elle revint à l'hôpital ; y entra, on lui fait une application de carbure de calcium : elle se plaint de douleurs intolérables : qui sont calmées par une piqûre de morphine, le lendemain ces douleurs ont totalement disparu : on change le pansement, car en présence des symptômes douloureux on pouvait croire à une brûlure des parois vaginales : rien à noter cependant; on fait le pansement habituel : la malade ne se plaint pas, et au bout de quatre jours elle part de l'Hôtel-Dieu ;

promettant de revenir à la première menace de métrorragie. — Elle n'a pas été revue.

Quelle conclusion tirer de cette observation ? A côté de ces sensations de brûlures qui suivent l'application, *il faut envisager le fait très net à savoir que les pertes sanguines ont cessé, que la marche de l'épithélioma est restée stationnaire;* c'est une observation qui nous a semblé intéressante à publier puisqu'elle montre l'amélioration de l'état de la malade, malgré toutes les péripéties chez une femme qui ne pouvait être étudiée de près, ses sorties et ses entrées à l'Hotel-Dieu alternant continuellement.

Il nous a encore été donné de voir dans le même service, où les épithéliomas utérins sont très nombreux, un cas tout aussi net.

Observation VI

Catherine Neury, 55 ans, giletière, est entrée elle aussi à l'hôpital, comme la malade précédente, pour des pertes de sang.

Antécédents héréditaires : Rien à noter.

Antécédents personnels. — La malade a eu deux enfants il y a trente ans, — elle était bien réglée, — les règles duraient en moyenne huit jours, — de tout temps la malade a eu des pertes blanches très abondantes, — elle dit en outre qu'elle a été soignée autrefois pour une rétroversion. Il y a 20 ans, elle aurait eu une perte de sang très abondante et elle *fut soignée précisément* par notre *président* de thèse ; elle guérit très bien et depuis lors il n'y avait rien eu à noter dans sa vie gynécologique. (Il avait été alors procédé à un curetage.)

Il y a *6 ans* la malade avait alors 49 ans, elle eut « son retour d'âge » pendant un an elle éprouva des malaises, des

vertiges, elle avait peu d'appétit, éprouvait des maux de tête très violents ; quoi qu'il en soit, peu à peu elle se rétablit, et on peut dire que depuis cinq ans elle était en parfaite santé, sauf quelques bronchites survenant l'hiver.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1902, pour des pertes de sang : deux mois environ auparavant, à la suite d'une purgation (la malade était toujours constipée) surviennent des pertes sanguines très abondantes, le sang coulait à flots, dit-elle, il avait une teinte nettement rouge : il n'y avait pas de caillots, il avait une odeur repoussante, et la malade, pour décrire ce symptôme, emploie une expression qui ne laisse aucun doute « la perte ressemblait par son odeur à la viande en putréfaction » ; en même temps elle commença à souffrir, elle eut dès cette époque des douleurs lancinantes irradiant surtout vers la région lombaire; et quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu elle a remarqué que ces douleurs gagnaient la racine de membres inférieurs. — en voyant cette perte de sang la malade crut qu'elle avait un « retour de règles ». — Les jours qui suivirent les douleurs se calmèrent par l'emploi de la morphine (nous avons su depuis que cette malade était une névropathe et une morphinomane). La malade allait bien à la garde-robe. Les pertes cessent un jour, puis reviennent. Elles ont toujours une odeur fétide; le sang a l'aspect pâle caractéristique. Cette femme ne mange plus, elle dit même qu'elle a maigri d'au moins 15 livres ; depuis une dizaine de jours en outre elle éprouve de la gêne pour uriner. Ses urines sont légèrement troubles ; les douleurs sont moins vives qu'au début, mais les pertes sanguines persistant la malade entre à l'hôpital.

A l'examen on voit que la malade n'a pas le facies trop déco-

loré, en tout cas elle n'a pas le facies de la malade qui a fait le sujet de notre précédente observation.

On fait le toucher et on reconnait que tout comme dans le cas précédent un champignon néoplasique remplit le vagin; l'utérus est absolument immobile, il est impossible de glisser le doigt entre la masse bourgeonnante et la paroi vaginale : on fait l'ablation de ce champignon avec le cautère olivaire et on applique un pansement à la gaze stérilisée : deux jours après on fait une application de carbure de calcium en ayant bien soin de glisser entre le fragment de carbure et la paroi vaginale une mèche de gaze iodoformée pour protéger le vagin : c'est alors que nous avons pu constater que la paroi vaginale était indurée, il existe même sur la paroi gauche une surface exulcérée.

Après la première application de carbure de calcium l'hémorragie qui avait diminué, mais qui avait persisté malgré l'ablation du champignon, ne disparut pas totalement, il y eut en réalité un suintement en réalité insignifiant.

Mêmes symptômes de cuisson pendant les heures qui suivirent; la malade cependant qui était portée à tout exagérer ne se plaignait pas trop.

On suivit la règle et la malade resta ainsi deux mois jusqu'à la fin. Mais, à ce moment là (elle avait jusqu'alors continué à prendre quelque nourriture) elle perdit l'appétit ; des douleurs vives apparurent, siégeant sur la crête sacrée, tenant la région lombaire ; elle avait énormément de peine à uriner et dans les jours qui suivirent la quantité d'urine diminua de plus en plus, et finalement survint l'anurie : la malade mourut le 25 mars, sans connaissance.

Dans cette observation, nous croyons souvent qu'il faut encore retenir ce fait : la disparition de l'hémorrhagie et les *douleurs,*

bien que sur ce dernier point nous soyons moins affirmatifs que pour l'observation précédente, la malade étant morphinomane.

L'autopsie fut faite et on remarqua que le ligament large gauche était tout entier infiltré. — le ligament droit présentait des lésions analogues. Il n'y avait rien à noter dans le corps utérin ; l'uretère était dilaté mais moins qu'on aurait pu le supposer après cette période d'anurie, relativement courte, 7 à 8 jours.

L'observation que nous allons soumettre, concernant encore le traitement par le carbure de calcium est moins complète que les deux précédentes.

Observation VII

Une malade âgée de 41 ans entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du docteur Faisans pour une affection médicale (grippe), là, on reconnaît le cancer du col : la malade passe en chirurgie. — elle a une leucorrhée fétide, des pertes de sang, non continuelles mais très abondantes quand elles surviennent ; à l'examen salle Sainte-Marthe, on reconnaît une ulcération de la muqueuse tout autour de l'orifice cervical et l'ulcération recouvre la presque totalité du col ; les bords de l'ulcération sont taillés à pic, entourant une plaie creusée en profondeur,

On lui fait une application de carbure de calcium.

Les hémorragies sont calmées. La malade n'a jamais souffert après l'application, ce qui est le seul cas d'indolence que nous ayons vu : il semble que cette malade soit spécialement résistante; elle n'avait attaché aucune importance aux pertes qu'elle avait depuis quatre mois : elle reste en traitement 6 semaines, puis est

placée à Brévannes. Par l'intermédiaire de M. Marclaud, interne dans cet asile, nous avons pu savoir que la malade avait eu de nouvelles métrorragies; on avait songé alors à la replacer dans un hôpital de Paris mais sur sa demande on lui fit le pansement de carbure ; ce fait se passait il y a *5 mois*, depuis les métrorragies ont cessé ; quand il se produit un suintement et la menace d'une nouvelle perte sanguine on refait le pansement au carbure de calcium.

C'est bien là une amélioration évidente quant à l'ulcération en elle-même elle est restée stationnaire ; il y a eu cependant à un moment l'apparition de peties végétations qui ont disparu sous l'application du carbure.

Observation VIII

Ce cas se rapporte à une malade âgée de *35 ans* qui avait eu 2 enfants — lorsque nous la vîmes il y a quatre mois, elle avait été opérée 10 mois auparavant par M. Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, il lui avait été fait une hystérectomie vaginale. Dix mois après elle fut prise de pertes sanguines : elle alla consulter à Saint-Louis, mais M. Nelaton étant absent elle se rendit à l'Hôtel-Dieu, on constata à l'examen une masse grosse comme une noix — M. Theuveny nterne lui fit une application de carbure de calcium, les hémorragies s'arrêtèrent de même que les douleurs disparurent. La malade resta 15 jours en traitement, puis sortit, revint tous les huit jours; et c'est peut-être le cas le plus net que nous ayons rencontré, l'ulcération se détergea, les pertes fétides n'existèrent plus; la dernière fois qu'il nous a été donné de voir la malade le *4 mai 1902*, il y avait encore une petite végétation grosse comme un pois, non

douloureuse. La malade ne souffrait pas elle n'avait pas de métrorragies, cependant elle a une teinte un peu pâle. Cette observation nous a semblé intéressante à publier car elle montre que la récidive elle-même peut être influencée favorablement, par ce traitement.

Mais à côté de ces cas où le traitement par le carbure a donné réellement de bons résultats; nous voulons pour être juste, rapporter une observation dans laquelle la marche de l'épithélioma n'a pu être retardée.

Observation IX

La malade âgée de 33 ans entre à l'hôpital pour pertes de sang. Elle a eu un enfant il y a 10 ans.

Accouchement normal, jamais de fausses couches. Pas de pertes blanches, les règles n'ont jamais été régulières, assez douloureuses le jour de leur apparition. Pesanteur dans le bas ventre. La malade n'a pas eu d'affection spéciale dans ces dernières années.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital c'est-à-dire en septembre 1901, la malade a eu des pertes sanguines très abondantes, éblouissements, étourdissements, dans la suite les pertes prennent l'aspect classique de la chair lavée, sans odeur, sauf depuis quinze jours. La malade ne souffre pas, depuis un mois la sensation de fatigue s'accentue à la suite du moindre effort.

La miction est pénible. Envies fréquentes d'uriner.

Examen. — Le col est absolument rouge présentant une ulcération qui le recouvre en totalité, le fond est sanieux, grisâtre, recouvert de détritus, le doigt ramène des débris sanguinolents.

Application *de carbure* : la malade tolère assez bien le pansement, malgré tout les jours suivants la plaie ne se modifie pas,

un fait à retenir qui tenait à un pansement mal fait, il y eut une *brûlure de la paroi postérieure du vagin*. On faisait pendant quelques jours des lavages à l'eau bouillie puis à l'eau oxygénée. La malade fut examinée au spéculum et on reconnut que l'ulcération se recouvrait de bourgeons sanieux; la paroi vaginale s'indure. L'appétit a disparu et la malade quitte l'hôpital depuis elle n'a plus été examinée.

A quoi imputer cette marche rapide de l'épithélioma ? Peut-être faut-il faire intervenir l'âge du sujet : 33 ans, ou le traitement au carbure.

Avant de terminer ce qui a trait au carbure de calcium, nous rappellerons qu'il y a dans cette question deux catégories d'opinions : pour les uns, Guinard par exemple, le pansement sus-indiqué peut n'avoir de résultats défavorables, pour d'autres les escharres produites par le carbure de calcium s'étendent au delà des limites du cancer, parce qu'il est difficile de limiter son action aux seules surfaces malades; les douleurs ne sont pas supprimées! Entre deux avis si opposés que pouvons-nous conclure? Et d'abord il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas deux épithéliomas qui se ressemblent. Nous avons cru être juste en publiant *intégralement* les faits tels qu'ils se sont présentés cliniquement.

Pour être complet sur le chapitre des cautérisations nous rappellerons que *Gallard* dès 1864 dans la *Gazette des Hôpitaux* recommandait des injections de perchlorure de fer dans les tissus envahis ; les résultats obtenus ne sont pas en rapport avec les douleurs intolérables occasionnées par ce traitement.

Nous devons en outre associer au lavage le *tamponnement du vagin* qui est un moyen utilisé pour porter et maintenir les agents médicamenteux à la surface du vagin et du col de l'uté-

rus ; il constitue une ressource thérapeutique très utile ; nous ne voulons pas insister ici sur la manière de procéder à ce pansement qu'il nous suffise de dire que dans l'épithélioma du col où les fermentations sont si abondantes il devra être répété souvent ; dans tous les cas le tampon ne doit jamais rester plus de vingt-quatre heures en place, les substances utilisées ont varié à l'infini, on se sert de pansements à la glycérine neutre au tanin, au perchlorure, à l'iodoforme ; à l'acide salicylique, la créosote. A la clinique du professeur Pozzi on emploie les tampons au goménol qui donnent ainsi que les injections pratiquées avec la solution de goménol de bons résultats, et c'est ainsi que la fétidité des pertes leucorrhéïques diminue d'une manière très notable.

Le sulfate de fer, le sulfate de cuivre, l'acide nitrique laissent à la chute de l'escharre une surface saignante. *L'acide picrique ;* employée par Monsieur le professeur Cornil, en solution saturée à la dose de quelques gouttes a fait diminuer la tumeur par dégénérescence vitreuse mais à amené des hémorragies.

Le brome préconisé par Williams, qui avait fait naître les plus grandes espérances surtout à l'étranger est aujourd'hui tombé dans l'oubli.

Traitement de la douleur

Mais si nous sommes assez bien armés contre les pertes sanguines, soit qu'on ait recours aux cautérisations, à l'injection sous-cutanée d'ergotine il faut bien reconnaitre que contre la douleur nous ne pouvons opposer que des moyens bien faibles ; on aura recours aux suppositoires morphinés, belladonés, souvent aux *injections sous-cutanées de chlorydrate de morphine*

Poncet a traité quelques malades avec succès par la dilatation ano-rectale comme on le fait pour la fissure à l'anus. Nous rappellerons que M. Tuffier a proposé dans des cas l'injection de cocaïne intra-rachidienne; c'est là un essai qu'il nous suffise de l'avoir *signalé.*

Traitement de la leucorrhée. — Pour supprimer les écoulements leucorrhéïques, ou au moins diminuer leur fétidité on fait surtout l'antiseptie du vagin.

Il faut bien reconnaître que cette antiseptie s'obtient difficilement : nous savons eu effet qu'il existe suivant les cas soit une ulcération, ou une masse bourgeonnante les deux variétés anatomiques se combinant dans la plupart des observations: cette ulcération est recouverte de détritus, le champignon épithéliomateux est plus ou moins sphacèle ; on voit donc quelle que soit la substance employée qu'on ne pourra jamais arriver à un résultat parfait : nous nous contenterons ici de rappeler qu'on a employé l'hydrate de chloral à 1/100, le permanganate de potasse en solution au millième, on peut aussi désinfecter le vagin en utilisant *l'eau oxygénée* qui dans nombre de cas, amène une disparition de l'odeur fétide, nous signalerons aussi pour être complet le lavage au *goménol.* Rappelons qu'à la suite de recherches récentes, on a pu reconnaître que le pouvoir antiseptique de ce dernier produit était très grand. Il présente sur tous les antiseptiques d'égale puissance (Tymol phénol) les avantages de la non taxicité et de la non causticité à aucun degré, il est admirablement toléré par l'organisme, il s'élimine rapidement et complètement il peut être employé pur et à hautes doses, il développe le pouvoir phagocytaire des leucocytes : rappelons qu'il ne tache pas le linge. Il n'attaque pas les instruments métalliques. Il a une odeur balsamique considérée

généralement comme agréable. Il est des feuilles sélectionnées d'une variété de Melaleuca-Verideflora. Nous avons vu employer le gomenol, qui dans presque tous les cas, a donné de bons résultats comme désinfectant.

Enfin il y a les tampons imbibés de toutes les substances que nous avons eues à étudier en passant en revue les différents traitements de l'hémorragie dans l'épithélioma du col. Nous allons terminer ce paragraphe en parlant des pansements à l'*Icthyol* et au *Thiol*

Quand on se sert du premier de ces produits on utilise un mélange de 10 grammes d'*Icthyol* pour 100 grammes de glycérine ; dans quelques cas d'ulcérations épithéliomateuses on a badigeonné directement l'ulcération avec le liquide porté par un pinceau, puis on enlève l'excédent de liquide avec un tampon d'ouate. Il nous faut bien reconnaître malgré tout que l'*Icthyo* semble souvent donner de bons résultats quand on traite les affections utérines d'ordre infectieux, les indurations inflammatoires la douleur et le gonflement de l'utérus disparaissent en quelques jours mais il n'en est pas de même dans l'épitholioma du moins dans la majorité des cas. Mais l'*Icthyol* a un inconvénient très grave ; c'est qu'il y a une odeur si repoussante que les malades renoncent à son emploi : il nous semble donc que son usage n'est guère indiqué au cours d'une maladie qui se caractérise elle-même par des pertes fétides.

Le *Thiol*, fut d'abord employé en dermatologie par Bidder-Buzzi. Jacobsen, Gottschalke le premier l'introduisit en gynécologie. Le *thiol* agirait très favorablement sur les érosions et les ulcérations, le badigeonnage et l'introduction de tampons trempés dans la solution à 10 ou 20 p. 100 ne provoque pas d'hémorrhagie : pas de douleur : mais en outre le *thiol* est com-

plètement inodore, ne provoque pas chez les malades même les plus sensibles de sensation de brûlure ; il agit comme anesthésique : toutes ces raisons devraient le faire préférer à l'*Icthyol* ; nous reconnaissons que nous ne l'avons pas vu employer en clinique, et que son application dans deux cas d'*épithélioma* n'a guère donné de résultats.

Tels sont donc les moyens dont dispose le praticien pour lutter contre le cancer inopérable.

Quand aux autres symptômes nous tâcherons d'y remédies suivant les cas ; l'*érythème de la vulve* qui amène souvent des douleurs très vives, des démangeaisons cédera à des soins de propreté minutieux à des bains de siège fréquents, à de lotions d'eau blanche, à des onctions de vaseline boriquée.

La *constipation* devra être combattue avec soin car elle est souvent une cause de métrorragies par les efforts qu'elle nécessite : le grand lavement quotidien d'eau chaude reste encore le meilleur traitement. *M. le professeur Pozzi* dit qu'on peut avoir recours aux drastiques dont l'un des meilleurs est le podophyllin (une pilule contenant 3 centigrammes, extrait de belladone 1 centigramme) ».

Mais la complication la plus grave en face de laquelle nous puissions nous trouver est l'*anurie* ; sans doute en présence d'une malade rentrant dans cette catégorie une indication formelle se pose, créer une fistule urinaire pour prolonger les jours de la malade ; en 1888. M. Le Dentu pratique sur une malade de son service en pleine récidive à la suite d'une hystérectomie une fistule uretérale, et créa une uretérostomie lombaire et la malade survécut quelques jours. Mais il faut bien reconnaître que dans nombre de circonstances, plutôt que de rechercher l'uretère, on peut aussi s'adresser au rein et pratiquer

la néphrotomie MM. Legueu, Jayle ont eu l'occasion de pratiquer avec succès cette opération palliative. L'opération doit être reconnue le plus tôt possible dès que l'anurie est reconnue.

Pour être complet sur le chapitre de l'anurie, nous rappellerons que Winker aurait obtenu de bons résultats à la suite de l'administration d'une goutte de teinture d'iode daus l'eau à chaque repas; les vomissements d'origine urémique auraient rétrocédé.

Traitement général. — A côté du traitement palliatif local, existe-t-il un traitement général ? Nous n'avons point la prétention de passer en revue tout ce qui a été dit sur ce sujet ni à faire l'examen critique des différentes méthodes : injections de sérum qui dans ces temps derniers se sont multipliés à l'excès ; à vrai dire il n'y a aucun résultat nettement démonstrateur ; notre thèse ayant un but plutôt pratique, nous n'avons pas à discuter sur ce point. La liqueur de Fowler a été préconisée, puis récemment ce fut le cacodylate de soude et enfin les sels de quinine ; sur ce dernier point nous nous étendrons un peu, car la lecture de quelques observations nous a frappé, en effet on voit dans la thèse de Napier (Paris 1901) nombre d'épithéliomas récidivés ou non qui furent améliorés.

C'est M. Jaboulay, professeur à l'Université de Lyon qui a essayé l'un des premiers les sels de quinine. « Tous les sels solubles de quinine, dit-il, sont également bons ; en effet, l'absorption par le tube digestif donne souvent des effets trop lents et occasionne des malaises insupportables : la voie rectale, d'autre part, n'est point utilisable parce que le rectum expulse les solutions quiniques au bout de quelques secondes ou minutes. Il faut généralement commencer par la voie digestive et remplacer les cachets par les injections; celles-ci ne doivent pas se

faire sous la peau, parce qu'elles sont douloureuses et qu'elles provoquent souvent des abcès : les injections intra musculaires le sont beaucoup moins et on peut les faire disparaître en ajoutant à la solution 0 gr. 02 d'opium. » On emploie le bromhydrate de quinine ou le chlorydrate. En général, on débute par une injection à 0 gr. 15 par jour.

Assurément, dans toutes les observations publiées dans la thèse citée plus haut, le traitement a été appliqué dans des cas de tumeur maligne du sein, de sarcome télangicetasique du même organe : une seule des observations publiées par M. Ravet, interne de M. Jaboulay se rapporte à un fibrome utérin en voie de *dégénérescence maligne* avec cachexie avancée, œdème des jambes, et ascité, douleurs intolérables, il y aurait eu une amélioration évidente; les pansements vaginaux étaient faits régulièrement tous les jours, et tous les deux jours on faisait une *injection vaginale* avec 20 centimètres cubes d'une solution de quinine à 1/10 maintenue au moyen de tampons : la malade se plaint souvent de bourdonnements, de nausées qui, lorsqu'ils étaient trop violents, disparaissaient par la suppression momentanée de la médication.

Le fait caractéristique est donc une amélioration très accentuée, il nous a été donné de voir appliquer ce traitement à l'hôpital Beaujon par *M. Lyot*, remplaçant M, Tuffier, c'était dans un cas d'épithélioma inopérable du col de l'utérus; malheureusement les espérances qu'on avait fondées sur l'injection du bromhydrate de quinine ne furent pas réalisées et la malade qui avait eu une diminution de douleurs très réelle dans les douze premiers jours, eut ensuite des symptômes douloureux très accentués qui furent seulement calmés par la morphine, Elle mourut trois semaines après son entrée à l'hôpital, avec

des signes d'urémie; assurément ce n'est là qu'un cas isolé; peut-être dans les cancers pris au début pourrait-on escompter le succès, mais c'était un cas que nous avions vu, nous avons cru bon bon de le signaler.

CONCLUSIONS

1° Il est des cancers qu'on doit opérer, ce sont les limités :

Lorsque les culs de sac vaginaux sont souples, quand l'utérus est encore mobilisable, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix, c'est dans ces cas qu'on peut obtenir de longues survies, mais quelques gynécologues ont pensé qu'il fallait mieux faire la laparotomie et faire l'ablation totale de l'utérus : c'est ainsi que dans bien des cas on a pu rectifier un diagnostic incomplet, reconnaître une propagation inaperçue ou que l'examen clinique même le plus soigné n'aurait pu révéler ; d'autre part nous ne devons pas oublier que si dans les tumeurs du sein l'exérèse large a donné de bons résultats, il en est peut être aussi de même dans l'épithéliome de l'utérus pris au début.

2° Il est des cancers qu'on peut opérer, ce sont les propagés.

Il y a une grande différence entre les résultats opératoires obtenus dans ces cas et les résultats consignés dans les statistiques visant la forme précédente. La récidive est presque fatale : elle survient rapidement après l'intervention, celle-ci doit être écartée quand l'utérus devient moins facilement mobilisable, quand les culs-de-

sac vaginaux commencent à perdre leur souplesse : fait remarquable, après l'opération dans les cas de récidive la malade souffre souvent davantage qu'avant l'hystérectomie.

3° *Il est des cancers qu'on ne doit pas toucher, ce sont les cancers diffusés* : on conçoit ce que serait une opération dans ce cas ; il faudrait enlever la moitié du bassin, dégager la vessie, l'uretère entouré de toutes parts d'une gangue épithéliomateuse ; l'aboucher comme cela à été fait dans des cas très rares dans l'intestin où pratiquer la néphrectomie pour obtenir une survie de quelques jours à peine, au milieu de souffrances où de symptômes urémiques. Ce sont ces malades qui sont justiciables d'un traitement palliatif : le dernier mot indique suffisamment le but que l'on se propose ; arrêter les métrorrhagies, calmer les douleurs, n'est-ce pas là un but élevé chez des femmes condamnées à une mort prochaine ?

Étant décidé à intervenir, quel traitement palliatif doit être préféré ?

Des nombreux procédés indiqués dans notre thèse, nous n'en retiendrons que deux :

1° Carbure de calcium.

2° Curage et cautérisation.

Au premier nous reprochons 1° d'être très douloureux ; 2° d'être aveugle dans sa marche, puisque l'agent chimique poursuit son action sans que le chirurgien puisse prévenir les fistules et leurs complications.

Le curage et la cautérisation au fer rouge ont l'im-

mense avantage d'être rapides et de dépendre pour le résultat final de l'habileté du chirurgien. L'opérateur voit ce qu'il fait.

Vu : Le président de la thèse
POZZI.

Vu : le Doyen
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

S. Pozzi. Gynécologie (Traité).

Labadie-Lagrave et Legueu. Traité de Gynécologie.

LeDentu et Delbet. Traité de Chirurgie B. X.

Duplay et Reclus. Traité de chirurgie t. VIII.

Polaillon. Traité des maladies des femmes.

Gonzalez. Indications et Contre-indications de l'Ignipuncture du col de l'utérus. Th. Doct. Paris, 1883.

Gache-Sarraute. Du traitement palliatif du Cancer utérin inopérable. Th. Doctorat Paris 1886.

Currier. *Some considerations concerny cancer of the uterus espe cally is palliativ treatment in est leter stages,* 1887.

A. Pozzi. Th. de Doctorat. Paris 1888.

Dropeaux. id.

Franckeel, Leipzig, 1888. Centrab. f. Gynecologie, Traitement du cancer par le chlorure de zinc.

Curchilo. Milan 1889. Traitement de l'endométrite cancéreuse par le chlorure de zinc.

Philippeau. 1891. -- Th. Doctorat, Paris. Suppression de la douleur et de dix hémorrhagies.

Taylor. *Carcinoma of the uterus a plea for the cautery in inoperable cases* 1892.

Montaigne, Cautérisation ignée. Lille 1894.

Pineau. Thèse de Bordeaux, 1894.

Giverdy. Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables Th. Lyon 1894.

Coulomb, Th. de Paris 1895.

Champion. Th. de Paris 1897.

Pineau. Du curettage, comme traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin inopérable. Th. Paris 1897.

Brault. 4 cancers du col inopérables, curettages, cautérisations palliatives et améliorations. Th. de Paris 1897.

Ayvazian. Etude critique du traitement applicable aux cancers de l'utérus inopérables. Th. Paris 1898.

Gaubert. De la dilatation ano-rectale contre la douleur. Th. Lyon 1899.

Kantzel. Du curettage palliatif dans le traitement de l'épithélioma inopérable du col de l'utérus. Thèse de Bordeaux 1900.

Cellard. Curage du cancer de l'utérus inopérable. Paris Thèse (1901).

Napier, Th. de Paris 1901.

Pichevin. Semaine gynécologique (1902). Traitement de la cervicite chronique par les caustiques de Filhos.
